ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol. 24-19 Date de publication : 1er octobre 1998

Contenu du présent numéro : *(nombre de pages : 5)*

ÉCLOSION D'INFECTIONS À *CYCLOSPORA* – ONTARIO, MAI 1998	F-1	153-156
ARBOVIROSES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL – ÉTATS-UNIS, 1996-1997	F-3	156-159
ANNONCE	F-5	159

Pagination officielle : Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la version imprimée et non à ceux de la version communiquée par télécopieur.

ÉCLOSION D'INFECTION À *CYCLOSPORA* — ONTARIO, MAI 1998*

En mai et juin 1998, le ministère de la Santé de l'Ontario et les services de santé locaux de cette province ont été avisés de l'existence de grappes de cas d'infection à *Cyclospora* associées à des événements survenus en mai. Le présent rapport décrit les conclusions préliminaires de l'enquête effectuée sur une grappe de cas à Toronto (Ontario) et résume les conclusions d'enquêtes effectuées sur 12 autres grappes. Ces enquêtes ont permis d'établir un lien entre des framboises fraîches importées du Guatemala et cette éclosion à grappes multiples.

Toronto

Le 2 juin, les services de santé publique de Toronto ont été avisés d'un cas d'infection à *Cyclospora* confirmé en laboratoire, soit celui d'une personne qui avait assisté à un dîner dans un hôtel de Toronto, le 8 mai. Six autres personnes qui ont pris part à ce même dîner ont signalé des symptômes diarrhéiques. On a défini un cas d'infection à *Cyclospora* comme étant l'apparition de tout symptôme gastro-intestinal (p. ex., nausées ou vomissements) ou général (p. ex., fièvre ou fatigue), entre 1 et 14 jours après le dîner en question et soit (1) la confirmation en laboratoire de la présence d'oocystes de *Cyclospora* dans un échantillon de selles; (2) de la diarrhée (c.-à-d. au moins trois selles molles ou aqueuses sur une période de 24 heures); ou (3) au moins quatre symptômes gastro-intestinaux. On a interviewé 128 (74 %) des 174 personnes qui avaient assisté à ce dîner. De ces 128 personnes, 29 (23 %) présentaient des symptômes correspondant à la définition de cas; trois de ces 29 personnes étaient atteintes d'une infection à *Cyclospora* confirmée en laboratoire. La période d'incubation médiane était de 8 jours (intervalle : 1 à 12 jours). Les 29 patients reconnus comme étant des cas avaient tous une diarrhée; la durée moyenne des symptômes diarrhéiques était de 7 jours (intervalle : 1 à 34 jours).

Il existait un lien significatif entre le risque de maladie et la consommation d'une garniture de dessert contenant différentes baies (framboises, mûres, fraises et, peut-être, bleuets). Des 108 personnes qui ont mangé ou probablement mangé de la garniture aux baies, 28 (26 %) sont tombés malades, alors qu'une seule personne (5 %) parmi les 20 qui n'ont pas ou probablement pas mangé de garniture aux baies (risque relatif [RR] = 5,2; p = 0,04, test exact de Fisher) ont présenté des symptômes. Des différentes baies composant la garniture, seules les framboises étaient liées de façon significative au risque de maladie. Parmi les 94 personnes qui ont mangé ou probablement mangé ces framboises, 27 (29 %) ont développé des symptômes; la proportion était de 2 (6 %) parmi les 32 personnes qui n'ont pas ou probablement pas mangé ces framboises (RR = 4,6; intervalle de confiance à 95 % = 1,2 à 18,3).

Autres enquêtes

On a également fait enquête sur 12 grappes de cas d'infection *Cyclospora*, en plus de la grappe de Toronto décrite ci-dessus; chacune des 13 grappes comptait au moins deux cas, dont au moins un confirmé en laboratoire. Selon les données préliminaires, les 13 grappes comptaient 192 cas, dont 46 (24 %) ont été confirmés en laboratoire. Les dates des événements associées aux grappes de cas s'échelonnaient entre le 2 mai et le 23 mai 1998.

Le seul aliment commun aux 13 événements était les framboises fraîches. Des framboises avaient été mélangées avec d'autres types de baies lors de 12 de ces événements et elles avaient été le seul type de baies servi au treizième. La médiane des taux d'attaque propres aux 13 événements, indépendamment de l'exposition, était de 89 % (intervalle : 23 % à 100 %). La médiane des taux d'attaque propres aux événements, pour les personnes qui avaient mangé ou probablement mangé les aliments contenant des framboises était de 100 % (intervalle : 26 % à 100 %); le taux d'attaque médian pour les personnes qui n'avaient pas ou probablement pas mangé ces aliments était de 0 % (intervalle : 0 % à 67 %). Un lien significatif a été établi entre le fait de manger les aliments contenant des framboises et le risque de maladie, pour cinq des événe- ments; quant aux huit autres événements, le fait d'avoir mangé des aliments contenant des framboises a pu expliquer 60 (92 %) des 65 cas. Des enquêtes visant à retracer la (les) source(s) des

* Cet article sera publié dans le numéro du 2 octobre 1998 du *Morbidity and Mortality Weekly Report*, volume 47, numéro 38

framboises ont été effectuées pour huit événements, dont l'événement décrit plus haut; le Guatemala était la seule source des framboises servies. De la salade printanière (mesclun) et du basilic frais – qui avaient déjà été mis en cause dans des éclosions d'infection à *Cyclospora* aux États-Unis en 1997[1,2] – ont été servis à deux événements, mais aucun lien significatif n'a été établi entre ces produits et le risque de maladie.

Source : *Toronto Public Health, Toronto; Haliburton-Kawartha-Pine Ridge District Health Unit, Port Hope; Simcoe County District Health Unit, Barrie; York Regional Health Unit, Newmarket; Services de lutte contre les maladies, Direction de la santé publique, ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto; Laboratoire central de santé publique, Direction des services de laboratoire, ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto; Agence canadienne d'inspection des aliments, Division des produits végétaux frais et transformés, Ottawa, et Inspection des aliments, région de l'Ontario, Toronto et Guelph; Bureau des maladies infectieuses, Programme de formation en épidémiologie d'interven- tion, Laboratoire de lutte contre la maladie, et Direction des aliments, Santé Canada, Ottawa; Parasitic Disease Surveillance Unit, New York City Department of Health, New York; Division of Parasitic Diseases, National Center for Infectious Diseases; et un agent de l'Epidemic Intelligence Service (EIS), Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.*

Éditorial : Les conclusions présentées dans ce rapport révèlent que des framboises fraîches importées du Guatemala étaient liées à l'éclosion d'infection à *Cyclospora* en Ontario, en mai 1998. Des éclosions de cette infection survenues en Amérique du Nord aux printemps 1996 et 1997 étaient également liées à des framboises du Guatemala; le mode de contamination des framboises n'a pu être identifié pour aucune de ces éclosions[1,3]. Aucune éclosion n'a pu être associée à des framboises guatémaltèques durant les saisons d'exportation automnales et hivernales de 1996 et 1997.

Après l'éclosion de 1996, les producteurs et exportateurs de baies du Guatemala ont volontairement adopté, en collaboration avec la Food and Drug Administration (FDA) et les Centers for Disease Control and Prevention aux États-Unis (CDC), des mesures de lutte visant à améliorer la qualité de l'eau et les conditions d'hygiène dans des exploitations agricoles[1]. Au printemps 1997, une autre éclosion d'infection à *Cyclospora* s'est manifestée, malgré l'application de mesures de lutte et d'une condition (entrée en vigueur le 22 avril 1997) qui, au printemps de cette année-là, réservait aux exploitations agricoles classées au Guatemala comme étant à faible risque le droit d'exporter vers l'Amérique du Nord[1]. Au printemps 1998, la FDA a interdit l'importation de framboises fraîches du Guatemala aux États-Unis. L'Agence canadienne d'inspection des aliments a signalé que des framboises fraîches provenant d'exploitations agricoles classées au Guatemala comme étant à faible risque ont continué d'être importées au Canada jusqu'au 9 juin 1998. Les éclosions survenues en 1997 et 1998, malgré l'application de mesures de lutte dans des exploitations agricoles du Guatemala, laissent supposer soit que les mesures en question n'ont peut-être pas été appliquées intégralement dans certaines exploitations, soit que les mesures appliquées n'ont pas été efficaces ou encore qu'elles ne visaient pas la véritable source de contamination des framboises[1]. La commission guatémaltèque responsable des baies ainsi que le gouvernement du Guatemala sont en train d'élaborer un plan plus global de culture et de manipulation des framboises, qui inclurait des mesures de lutte additionnelles ainsi que des critères d'inspection; des fonctionnaires des États-Unis et du Canada sont actuellement en train de passer ce plan en revue.

C'est au moins la troisième sinon la quatrième[4] année consécutive que l'on observe des éclosions d'infection à *Cyclospora* liées à la consommation de fruits ou légumes crus en Amérique du Nord. Aux États-Unis[1,2], des éclosions ont été associées non seulement à des framboises du Guatemala, mais aussi à de la salade printanière fraîche et à du basilic frais provenant d'autres pays. Le mode de contamination n'a pu être déterminé pour aucune des éclosions, en partie à cause du fait que les méthodes de détection de *Cyclospora* dans les fruits et légumes et dans d'autres échantillons environnementaux ne sont pas assez sensibles pour relever de faibles concentrations du parasite. Il importe de bien laver les fruits et légumes avant de les manger; cependant, cette pratique n'élimine pas le risque de transmission du parasite[3,5,6].

Le personnel soignant devrait envisager un diagnostic d'infection à *Cyclospora* chez les personnes qui présentent des symptômes diarrhéiques prolongés et demander expressément des tests qui permettent de détecter ce parasite dans des échantillons de selles. La période d'incubation moyenne de l'infection à *Cyclospora* est d'une semaine; la maladie peut se prolonger chez les patients non traités au triméthoprime-sulfaméthoxazole[7], et s'accompagner de symptômes rémittents et récurrents.

Les cas d'infection à *Cyclospora* non liés à des voyages à l'extérieur du Canada ou des États-Unis pourraient être associés à une nouvelle éclosion. Il convient de faire enquête sur les grappes nouvellement identifiées, en vue de déterminer les véhicules d'infection ainsi que les sources et modes de contamination des véhicules impliqués. L'infection à *Cyclospora* n'est une maladie à déclaration obligatoire nulle part au Canada, mais, en juin 1998, elle l'était dans cinq États et une municipalité des États-Unis. À cette date, le Council of State and Territorial Epidemiologists a adopté une résolution recommandant que l'infection à *Cyclospora* devienne une maladie à déclaration obligatoire dans l'ensemble des États-Unis. Aux endroits où l'on n'a pas encore établi de mécanismes de déclaration officiels, les cliniciens et employés de laboratoire qui identifient des cas d'infection à *Cyclospora* non liés à des voyages à l'extérieur de l'Amérique du Nord sont invités à en informer les services de santé concernés au niveau local ou au niveau de la province, du territoire ou de l'État; ces services sont à leur tour invités à communiquer, au Canada, avec la Division de la surveillance des maladies, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie, au n° de téléphone (613) 941-1288, et aux États-Unis, avec la Division of Parasitic Diseases, National Center for Infectious Diseases, CDC, au n° de téléphone (770) 488-7760.

Références

1. CDC. *Update: outbreaks of cyclosporiasis – United States and Canada, 1997*. MMWR 1997;46:521-3.
2. CDC. *Outbreak of cyclosporiasis – Northern Virginia-Washington, D.C.-Baltimore, Maryland, Metropolitan Area, 1997*. MMWR 1997;46:689-91.
3. Herwaldt BL, Ackers M-L, Cyclospora Working Group. *An outbreak in 1996 of cyclosporiasis associated with imported raspberries*. N Engl J Med 1997;336:1548-56.
4. Koumans EH, Katz DJ, Malecki JM et coll. *An outbreak of cyclosporiasis in Florida in 1995: a harbinger of multistate outbreaks in 1996 and 1997*. Am J Trop Hyg 1998;59:235-42.
5. Robbins JA, Sjulin TM. *Scanning electron microscope analysis of drupelet morphology of red raspberry and related* ***Rubus*** *genotypes*. Journal of the American Society of Horticultural Science 1988;113:474-80.

6. Ortega YR, Roxas CR, Gilman RH et coll. *Isolation of **Cryptosporidium parvum** and **Cyclospora cayetanensis** from vegetables collected in markets of an endemic region in Peru*. Am J Trop Med Hyg 1997;57:683-6.

7. Hoge CW, Shlim DR, Ghimire M et coll. *Placebo-controlled trial of cotrimoxazole for **Cyclospora** infections among travellers and foreign residents in Nepal*. Lancet 1995;345:691-3.

Notes internationales

ARBOVIROSES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL – ÉTATS-UNIS, 1996-1997

Les arbovirus englobent les agents transportés par les moustiques et les tiques qui persistent dans la nature suivant des cycles complexes de transmission aux oiseaux ou aux mammifères, y compris l'homme. Les infections à arbovirus, ou arboviroses, peuvent causer de la fièvre, des céphalées, une méningite, une encéphalite et parfois la mort. En 1996-1997, les services de santé de 19 États ont signalé aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 286 cas confirmés ou probables* (huit cas mortels) d'encéphalite à arbovirus chez les humains (132 cas en 1996 et provisoirement 154 cas en 1997). Les programmes de surveillance de 18 États ont permis de détecter une activité arbovirale enzootique chez les moustiques ou parmi les populations d'oiseaux sentinelles ou sauvages, et on a recensé des cas de maladie à arbovirus chez des chevaux et des émeus dans 24 États. Le présent rapport résume les données recueillies au sujet des arboviroses du système nerveux central survenues aux États-Unis en 1996-1997.

TABLEAU 1
Nombre et taux annuel† de cas d'encéphalite de Californie (EC), d'encéphalite équine de l'Est (EEE) et d'encéphalite de Saint-Louis (ESL) recensés chez les humains, par état – États-Unis, 1996-1997

État	Population de 1996 (milliers)††	EC			EEE			ESL		
		Nombre		Taux annuel	Nombre		Taux annuel	Nombre		Taux annuel
		1996	1997		1996	1997		1996	1997	
Alabama	4 273	0	0	—	1	0	0,01	0	1	0,01
Californie	31 878	0	0	—	0	0	—	0	1	0,002
Floride	14 400	0	0	—	1	3	0,01	0	9	0,03
Georgie	7 353	0	0	—	0	3	0,02	0	0	—
Illinois	11 847	13	3	0,07	0	0	—	0	0	—
Indiana	5 841	3	1	0,03	0	0	—	0	0	—
Kentucky	3 884	0	3	0,04	0	0	—	0	0	—
Louisiane	4 351	1	0	0,01	1	4	0,06	0	0	—
Massachusetts	6 092	0	0	—	0	1	0,01	0	0	—
Michigan	9 594	0	0	—	0	1	0,01	0	0	—
Minnesota	4 648	7	5	0,13	0	0	—	0	0	—
Caroline du Nord	7 323	3	4	0,05	2	0	0,01	0	0	—
Ohio	11 173	20	13	0,15	0	0	—	0	0	—
Caroline du Sud	3 699	0	0	—	0	2	0,03	0	0	—
Tennessee	5 320	1	10	0,10	0	0	—	0	0	—
Texas	19 128	1	1	0,01	0	0	—	2	0	0,01
Virginie	6 675	2	6	0,06	0	0	—	0	1	0,01
Virginie de l'Ouest	1 826	66	73	3,81	0	0	—	0	1	0,03
Wisconsin	5 160	8	8	0,16	0	0	—	0	0	—
Total		**125**	**127**		**5**	**14**		**2**	**13**	

† Pour 100 000 habitants
†† U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, Bureau of the Census.

* Aux fins de la surveillance nationale, un cas est dit confirmé lorsqu'il y a maladie fébrile associée à des signes neurologiques variant en gravité de la céphalée à la méningite aseptique ou à l'encéphalite, dont l'installation survient durant une période où la transmission de l'arbovirus est susceptible de se produire, et lorsqu'au moins un des critères suivantes est satisfait : 1) multiplication par quatre ou plus du titre d'anticorps sériques dans des dilutions en série; 2) isolement du virus, mise en évidence des antigènes viraux ou séquences génomiques dans un échantillon de tissu, de sang, de liquide céphalo-rachidien ou de tout autre liquide organique; ou 3) mise en évidence des immunoglobulines spécifiques de classe M (IgM) dans le sérum ou le liquide céphalo-rachidien à l'aide d'une épreuve enzymatique d'immunocapture de l'IgM confirmée par la mise en évidence d'IgG à l'aide d'une autre épreuve sérologique (p. ex. neutralisation ou inhibition de l'hémagglutination). Un cas est défini comme étant probable lorsqu'il y a maladie compatible survenant durant une période où la transmission de l'arbovirus est susceptible d'être transmis et qu'on obtient un titre d'anticorps dirigés contre un arbovirus élevé mais stable (multiplication par deux ou moins dans des dilutions en série), p. ex., ≥ 320 par inhibition de l'hémagglutination, ≥ 128 par réaction de fixation du complément, ≥ 256 par immunofluorescence, ≥ 160 par neutralisation ou ≥ 400 par épreuve enzymatique d'immunocapture de l'IgM.

Encéphalite de Californie

En 1996-1997, on a signalé dans 12 États un total de 252 cas d'encéphalite de Californie (EC) (103 cas confirmés et 149 cas probables; un décès). L'âge des patients variait de 5 mois à 78 ans (moyenne : 9 ans); 95 % des cas sont survenus chez des personnes de < 18 ans, 153 cas (61 %), chez des sujets de sexe masculin, 209 (83 %), chez des sujets de race blanche et sept (3 %) chez des personnes d'autres races; dans 36 cas (14 %), la race du sujet était inconnue. Les dates d'apparition de la maladie allaient de la fin juin au début novembre. La Virginie de l'Ouest a signalé 139 cas (55 % du total national), soit une moyenne de 3,8 cas pour 100 000 habitants par année (tableau 1). Parmi les personnes âgées de < 18 ans, qui représentaient 133 (96 %) du nombre total de cas en Virginie de l'Ouest, l'incidence était de 15,8 cas par année. On a relevé un cas fatal chez un enfant de 19 mois du Minnesota; la maladie s'était déclarée au début d'août 1997 et le décès est survenu en novembre.

Encéphalite de Saint-Louis

En 1996-1997, un total de 15 cas d'encéphalite de Saint-Louis (ESL) (14 cas confirmés et un cas probable; deux décès) ont été déclarés par six États (tableau 1). L'âge des patients variait de 6 mois à 83 ans (moyenne : 54 ans). Dix des cas (67 %) étaient des sujets de sexe féminin; 12 cas (80 %) sont survenus chez des Blancs et deux (13 %), chez des Noirs; dans un cas (7 %), la race du sujet était inconnue. Les dates d'installation de la maladie s'étendaient du 21 juillet à la fin octobre. En 1997, la Floride a signalé neuf cas survenus dans sept comtés du centre ou du sud de l'État. On a détecté une activité enzootique du virus de l'ESL parmi des poulets sentinelles plusieurs semaines avant l'apparition du premier cas chez l'humain, ce qui a incité les autorités sanitaires de l'État et de la région à diffuser des avis afin d'alerter la population et à intensifier les mesures de lutte contre les moustiques.

Encéphalite équine de l'Est

Au cours de 1996-1997, on a recensé 19 cas d'encéphalite équine de l'Est (EEE) (tous confirmés; cinq décès) dans huit États (tableau 1). Les patients étaient âgés de 10 mois à 81 ans (moyenne : 35 ans); 10 cas (53 %) étaient des sujets de sexe masculin, 15 (79 %), des Blancs et trois (16 %), des Noirs; la race du sujet n'était pas précisée dans un seul cas (5 %). Dans tous les cas sauf un, les dates d'apparition de la maladie variaient du début juillet à la mi-novembre. L'exception était un homme de 58 ans du sud-ouest de l'Alabama, qui a commencé à manifester des symptômes d'EEE le 8 janvier 1996 et est décédé au début de février. Le lieu d'exposition au virus de l'EEE le plus probable pour ce patient était une ferme d'élevage de cailles d'un comté voisin, située à proximité d'un marécage à feuillus.

Activité arbovirale enzootique et épizootique

En 1996-1997, 23 États ont effectué une surveillance de l'activité virale de l'ESL, de l'EEE et/ou de l'encéphalite équine de l'Ouest (EEO) en faisant appel aux techniques d'isolement des virus ou de détection des antigènes sur des moustiques capturés, en procédant à la recherche d'anticorps spécifiques dirigés contre certains virus chez des oiseaux sentinelles ou sauvages, ou en utilisant les deux méthodes. Au total, 18 États ont signalé une activité arbovirale enzootique (figure 1).

Figure 1. Activité enzootique détectée chez les moustiques ou les oiseaux sentinelles ou sauvages pour les virus de l'encéphalite de Saint-Louis (ESL), de l'encéphalite équine de l'Est (EEE) ou de l'encéphalite équine de l'Ouest (EEO), par état – États-Unis, 1996-1997

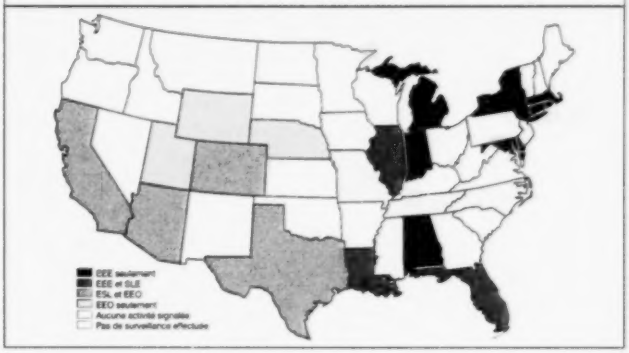

TABLEAU 2
Nombre de cas d'encéphalite équine de l'Est (EEE) et d'encéphalite équine de l'Ouest (EEO) chez des chevaux, par état – États-Unis, 1996-1997

État	EEE		EEO	
	1996	1997	1996	1997
Alabama	9	13	0	0
Arkansas	0	1	0	0
Californie	0	0	1	4
Colorado	0	0	3	0
Connecticut	0	0	0	0
Floride	69	42	0	0
Géorgie	5	11	0	0
Indiana	0	1	0	0
Kentucky	1	1	0	0
Louisiane	0	17	0	0
Maryland	0	0	0	0
Minnesota	2	0	1	0
Mississippi	29	4	0	0
Nebraska	0	0	1	0
New Hampshire	3	0	0	0
Caroline du Nord	10	3	0	0
Dakota du Nord	0	0	0	3
Ohio	0	1	0	0
Rhode Island	0	1	0	0
Caroline du Sud	6	1	0	0
Tennessee	0	3	0	0
Texas	6	15	0	2
Virginie	5	0	0	0
Wisconsin	0	0	0	0
Total	**145**	**114**	**6**	**9**

Les cas d'infection à arbovirus affectant des chevaux ou d'autres animaux ne sont pas officiellement signalés aux CDC, mais les services de santé de certains États s'efforcent de suivre l'évolution de tels cas, car l'EEE et l'EEO chez les chevaux peuvent annoncer l'apparition de la maladie chez les humains. En 1996-1997, 274 cas d'encéphalite à arbovirus chez des chevaux (151 cas en 1996 et 123 en 1997) ont été signalés aux autorités sanitaires de 21 États (tableau 2). De plus, on a détecté dans des fermes d'élevage d'émeus de 14 États des épizooties ou des cas cliniques sporadiques d'entérocolite hémorragique associés à une infection par le virus de l'EEE (Alabama, Arkansas, Connecticut, Floride, Géorgie, Louisiane, Maryland, Mississippi, Caroline du Nord, Rhode Island, Texas, Virginie et Wisconsin) ou des cas de maladies du système nerveux central associés à une infection par le virus de l'EEO (Californie).

Éditorial du MMWR

En 1996-1997, l'EC est demeurée l'infection à arbovirus la plus fréquemment signalée aux États-Unis. Le décès par EC enregistré au Minnesota en 1997 rappelle que des cas graves peuvent survenir et qu'ils entraînent des séquelles neurologiques temporaires ou permanentes et parfois la mort[2]. L'incidence, l'impact sur la santé publique et bien d'autres aspects de cette maladie endémique sont encore trop peu connus et méritent donc d'être étudiés plus à fond.

Le virus de l'ESL est encore la principale cause des épidémies d'encéphalite en Amérique du Nord[3]. Il demeure important de surveiller la transmission enzootique du virus en début de saison afin de pouvoir détecter et circonscrire les éclosions et réduire le risque pour la population en luttant contre les agents vecteurs et en modifiant les activités humaines[4].

L'EEE est la plus grave des encéphalites à arbovirus, affichant un taux de létalité global d'environ 35 %[5]. Le décès par EEE d'un habitant de l'Alabama en 1996 était inhabituel puisqu'il s'agissait du premier cas d'EEE signalé chez un humain dans cet État depuis 1965 et que la maladie s'est déclarée en janvier. Dans la plupart des régions des États-Unis où le virus de l'EEE est enzootique, la transmission aux humains survient généralement entre mai et octobre[6]. Ce cas montre que la transmission du virus peut se produire toute l'année près de la côte du golfe du Mexique.

L'émeu est un oiseau non indigène de grande taille qui ne vole pas et dont on fait l'élevage partout au pays pour sa viande et d'autres produits. Les émeus sont très réceptifs à une infection par le virus de l'EEE, qui entraîne habituellement une entérocolite hémorragique aiguë et la mort[7]. Les émeus infectés affichent des virémies importantes; ils peuvent donc contribuer à la prolifération du virus de l'EEE à proximité du milieu habité par l'homme, augmentant ainsi le risque d'infection parmi la population humaine.

Aucun cas d'EEO parmi la population humaine n'a été relevé depuis 1994, et seulement trois cas ont été signalés au début des années 90. Cette diminution du nombre de cas pourrait être en partie attribuable au fait que la maladie ne soit pas toujours reconnue ou diagnostiquée.

Les professionnels de la santé devraient inclure dans le diagnostic différentiel les infections à arbovirus dans tous les cas de méningite aseptique et d'encéphalite à virus, obtenir les échantillons requis pour les épreuves de laboratoire et déclarer rapidement les cas aux services de la santé de l'État. Les raisons pour lesquelles il est important de poser un diagnostic étiologique précis pour de tels cas sont les suivantes : 1) on doit éliminer les maladies pour lesquelles il existe des traitements particuliers; 2) il importe de mieux informer les patients et leur famille au sujet du pronostic; et 3) il faut alerter les autorités sanitaires afin qu'elles puissent prendre les mesures de lutte appropriées. Il est possible de réduire efficacement le risque de maladie dans la population humaine en mettant en place des systèmes de surveillance environnementale active, en adoptant des mesures adéquates de lutte contre les moustiques et en diffusant rapidement l'information pertinente à la population.

Références

1. CDC. *Case definitions for infectious conditions under public health surveillance*. MMWR 1997;46(no. RR-10):12-3.
2. Grimstad PR. *California serogroup virus disease*. Dans : Monath TP, éd. *The arboviruses: epidemiology and ecology*. Vol. 2. Boca Raton, Florida: CRC Press, 1988:99-136.
3. Monath TP. *Epidemiology*. Dans : Monath TP, éd. *St. Louis encephalitis*. Washington, DC: American Public Health Association, 1980:239-312.
4. CDC. *Guidelines for arbovirus surveillance in the United States*. Fort Collins, Colorado: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, 1993.
5. Deresiewicz RL, Thaler SJ, Hsu L et coll. *Clinical and neuroradiographic manifestations of eastern equine encephalitis*. N Engl J Med 1997;26:1867-74.
6. Morris CD. *Eastern equine encephalomyelitis*. Dans : Monath TP, éd. *The arboviruses: epidemiology and ecology*. Vol. 3. Boca Raton, Florida: CRC Press, 1988:1-20.
7. Tully TN Jr, Shane SM, Poston RP et coll. *Eastern equine encephalitis in a flock of emus (**Dromaius novaehollandiae**)*. Avian Diseases 1992;36:808-12.

Source : *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 47, N° 25, 1998.*

Annonce

OCCASION DE FORMATION EN ÉPIDÉMIOLOGIE APPLIQUÉ AU LLCM

Les responsables du Programme de formation en épidémiologie d'intervention invitent les résidents du Canada à présenter une demande concernant ses postes rémunérés de formation de 2 ans au Laboratoire de lutte contre la maladie.

Les demandes doivent être envoyées à la Commission de la fonction publique, à Ottawa (http://www.psc-cfp.gc.ca/recruit/jobs.htm). Citer le numéro de concours **S83865GD12** (ceux/celles possédant une licence permettant d'exercer la médecine au Canada) ou **S83747GD12** (tous les autres). Pour la classe qui commence en juillet 1999, la date limite de présentation des demandes est le 30 octobre 1998.

En tant qu'employeur favorisant les chances égales d'emploi, nous nous engageons à nous doter d'un effectif compétent et diversifié qui reflète la diversité de la population canadienne. Nous encourageons les membres des groupes cibles suivants à soumettre leur candidature et à s'auto-identifier : femmes (en particulier dans les groupes professionnels non-traditionnels), membres d'un groupe de minorité visible, autochtones et personnes handicapées.

Nous accueillons avec plaisir les demandes de personnes engagées dans le domaine de la santé publique. Ces postes ne conviennent pas aux diplômés en médecine étrangers cherchant à acquérir des crédits en vue d'obtenir un permis d'exercice au Canada parce que l'expérience n'équivaut pas à celle d'une formation supérieure canadienne dans une spécialité. Toutefois, les personnes déjà inscrites dans un programme de formation spécialisée pourraient être créditées de l'une des 2 années. La décision à cet égard est prise par le directeur du programme en consultation avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le PFEI.

Notre mission est d'aider
les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques :	Dr John Spika	(613) 957-4243
	Dr Fraser Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Francine L. Boucher	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, PréTunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Centre des services aux membres	No de téléphone :	(888) 855-2555
Association médicale canadienne	FAX :	(613) 731-9102
1867 Promenade Alta Vista		
Ottawa (Canada) K1G 3Y6		

Prix par année :

Abonnement de base :	80 $ (et frais connexes) au Canada; 105 $ US à l'étranger.
Abonnement préférentiel :	150 $ (et frais connexes) au Canada; 175 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1998

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc